ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS	**CO-OPS-FT-28 V4**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE EN SU TOTALIDAD

TIPO DE DOCUMENTO CC X **CE** ____ **PPT**___

NÚMERO DE DOCUMENTO: 1026577181 **FECHA DE NACIMIENTO:** 17/10/1993

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: CINDY TATIANA CEBALLOS TELLEZ

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR 68D 40 53 SUR

LOCALIDAD: KENNEDY

TELÉFONO FIJO: NA **N° CELULAR:** 3132940975

CORREO ELECTRÓNICO: TATIANA17LK@GMAIL.COM

EPS: FAMISANAR **FONDO DE PENSIONES** PORVENIR **ARL** SURA

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO __X___

ESTADO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO__X___UNIÓN MARITAL DE HECHO_____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI _____NO ___X____

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE _____ NA**.** ___X___

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE _____ NA. ___X_____

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI _____NO__X____¿CUÁL? ____NA_____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ___ AFRODESCENDIENTE ____

OTRO ¿CUÁL? __NA_____

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI ____NO__X__

¿CUÁL ENTIDAD? NA

USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI __NO X

SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? NA

SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A) __TIO(A) __PRIMO(A) __

OTRO, ¿CUÁL? X

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: MARTHA TELLEZ

NUMERO DE CONTACTO: 3202470133

CINDY TATIANA CEBALLOS TELLEZ

Nombres Apellidos y Firma